

大田市子ども医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年11月29日

大田市長 **楫野弘和**

大田市規則第46号

大田市子ども医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則
大田市子ども医療費助成条例施行規則（平成17年大田市規則第73号）の一部を次のように改正する。

第5条第1項中「社会保険各法に定める保険証等（以下「保険証等」という。）」を「医療保険の資格が確認できる書類（以下「資格確認書類」という。）」に改める。

第6条第2項第4号中「保険証等」を「資格確認書類」に改める。
様式第1号を次のように改める。

様式第1号(第5条、第9条関係)

決 裁	市 長	副市長	部 長	課 長	係	受 付	
						決 定	
						台帳記入	
資格証発行	要 ・ 否				発 行		

子ども（乳幼児等）医療費受給資格証 交付・再交付 申請書

子 ど も	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏 名					
	住 所					
受 給 資 格 者	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏 名					
	住 所		子ども との続柄			
	電話番号	() -				
加 入 保 険	被保険者氏名		記号番号(枝番)			
	保 険 種 別	協・組・船・共・国	附 加 給 付 の 有 無	有・無		
	保 険 者 名					
資格証 交 付 再交付 申 請 事 由	1 出生したため 2 転入してきたため 3 破損したため		4 亡失したため 5 その他()			
(交付事由発生年月日 年 月 日)						
上記のとおり、子ども（乳幼児等）医療費受給資格証の交付(再交付)を申請します。						
年 月 日						
住 所						
申請者						
氏 名						
電話番号() -						
(子どもとの続柄)						
大田市長 様						

様式第4号の2（第5条関係）

（表面）

(子) 子ども医療費受給資格証		
公費負担者番号	90320052	
受給資格証番号		
受給資格者	加入保険被保険者（扶養者）	
子ども	氏名	
	生年月日	
	住所	
本人負担	無料	
受給期間		
島根県大田市長 印		

（裏面）

注意事項
<p>1. この証は、大田市子ども医療費助成条例により、助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。</p> <p>2. この証は、保険診療のみに適用されるので、医療機関等において診療を受けるときは、個人番号カード又は資格確認書等により被保険者等であることの確認をうけるとともに、この証を窓口にて提示してください。</p> <p>3. 医療機関等で診療を受けられた際に本人負担が生じた場合は、2年以内に手続きをされれば還付します。</p> <p>4. 氏名、住所に変更のあったときは、14日以内に、この証を添えて市長にその旨を届け出てください。</p> <p>5. 受給資格を喪失したときは、速やかに市長に返還してください。</p> <p>6. この証が破れたり、汚れたり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7. 不正にこの証を使用した者は、刑法により懲役の処分を受けることがあります。</p>

様式第5号(第5条関係)

第 号
年 月 日

様

大田市長 印

子ども（乳幼児等）医療費受給資格証却下通知書

年 月 日付けで申請のあった子ども医療費助成条例に基づく資格証については、下記の理由により交付できないので通知します。

なお、この処分に不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、この通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）、提起しなければなりません（この通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過したときは処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません（裁決の送達を受けた日から6か月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

記

(理由)

様式第6号(第7条関係)

子ども医療費助成申請書

受給資格証	番 号		加 入 保 険	被保険者氏名	
	氏 名			記号番号(枝番)	
子ども	氏 名		入 院 外	保険者名	
	生年月日	年 月 日			
医療機関名	名 称				
	所 在 地				
医療内容	入院・入院外の別	入 院 ・ 入院外			
	期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
<p>申 請 額 金 _____ 円</p> <p>内訳 本人支払額 _____ 円 (別紙領収書のとおり)</p> <p>控 除 額 _____ 円 差 引 _____ 円 (助成対象額)</p> <p>上記のとおり申請します。 年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 電話番号() -</p> <p>大田市長 様</p>					

様式第7号の2中「保険証等」を「被保険者等」に改める。

様式第8号中「保険証」を「被保険者等」に改める。

様式第9号及び様式第10号を次のように改める。

様式第9号(第8条関係)

子ども医療費受給資格内容変更等届			
受給資格証番号			
区分	変更種別	新	旧
受給者	ふりがな氏名		
	住所		
子ども	ふりがな氏名		
	住所		
加入保険	被保険者氏名		
	保険種別		
	保険者名		
	保険者所在地		
	記号番号(枝番)		
	附加給付金の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
	給付内容		
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき。	助成制度名		
変更等事由発生日			
変更等事由			
<p>上記のとおり変更等したので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 届出人 氏名 電話番号() - (子どもとの続柄)</p> <p>大田市長 様</p>			

